

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1955

THÈSE

1014
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Philippe LESMANN

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né le 13 juillet 1926, à Roppe (Territoire de Belfort)

Présentée et soutenue publiquement le 24 novembre 1955

INFARCTUS DU MYOCARDE

PRONOSTIC ET RÉADAPTATION DES MALADES

OBSERVATIONS MÉDICALES

rassemblées dans le Service de Consultations externes de cardiologie
de l'hôpital Necker ainsi que dans le Service de 1^{re} Médecine
de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce

Président : M. LENEGRÉ, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1955

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : LESMANN

Prénom : PHILIPPE

Date de soutenance : 24 novembre 1955

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

LESMANN (PHILIPPE). —
Infarctus du myocarde. Pro-
nostic et réadaptation des
malades. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1955, in-8°, 59 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1955, N°).

LESMANN (PHILIPPE). —
Infarctus du myocarde. Pro-
nostic et réadaptation des
malades. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1955, in-8°, 59 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1955, N°).

LESMANN (PHILIPPE). —
Infarctus du myocarde. Pro-
nostic et réadaptation des
malades. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1955, in-8°, 59 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1955, N°).

LESMANN (PHILIPPE). —
Infarctus du myocarde. Pro-
nostic et réadaptation des
malades. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1955, in-8°, 59 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1955, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 195:

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Philippe LESMANN

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né le 13 juillet 1926, à Roppe (Territoire de Belfort)

Présentée et soutenue publiquement le 24 novembre 1955

INFARCTUS DU MYOCARDE

PRONOSTIC ET RÉADAPTATION DES MALADES

OBSERVATIONS MÉDICALES

rassemblées dans le Service de Consultations externes de cardiologie
de l'hôpital Necker ainsi que dans le Service de 1^{re} Médecine
de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce

Président : M. LENEGRE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1955

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillain, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lemierre, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Ombrédanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	N...
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu BROCC (P.)
	Broussais DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
	Salpêtrière N...
	Cochin QUÉNU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (Et.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu N...
	Bichat N...
	Cochin MOREAU (R.)
	Broussais DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Cliniques obstétricales	Tarnier LANTUÉJOUL (P.)
	Baudelocque N...
	Port-Royal LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathol. des problèmes alimentaires	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÈNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)

Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MÉNEGAUX (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (<i>chaire à titre personnel</i>)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	BARIÉTY (M.)
Pathologie et thérapeutiques générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (<i>chaire à titre personnel</i>)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i> DEBEYRE (J.) OLIVIER N...	Obstétrique	{ MORIN (P.) RAVINA (J.) N... N...
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARD (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.)	Ophtalmologie	{ DESVIGNES (P.) N...
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) N...	Orthopédie	JUDET (R.)
Biochimie médicale	{ ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i> N... N...	Oto-rhino- laryngologie	{ AUBRY (M.) MADURO (M.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)	Parasitologie	{ CHABAUD (A.) N... ABOULKER (P.) BAUMANN (J.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) VERNE (J. M.) N... N... N... N... N... N... N...
Dermato- Syphiligraphie	DUPERRAT (F.)	Pathologie chirurgicale	{ N... N... N... N... N... N... N...
Embryologie	TUCHMANN	Pathologie expérimentale	{ N... N...
Histologie	{ BILLIARD (H.) <i>pr. s. ch.</i> N... N...	Pathologie médicale	{ BERNARD (J.) BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DOMART (A.)
Hydrologie	N...		
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>		
Maladies infectieuses	N...		
Médecine légale et du travail	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> GAULTIER (M.) HADENGUE (A.) N...		
Neurochirurgie	DAVID (M.)		
Neurologie	N...		
Obstétrique	{ GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MERGER (R.)		

	MM.		MM.
Pathologie médicale . . .	LAMOTTE (M.)	Physiologie . . .	{ BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i>
	LAROCHE (Cl.)		{ PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	MILLIEZ (P.)		{ DEJOURS (P.)
	PÉQUIGNOT (H.)	Physique médicale . . .	{ DJOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	PERRAULT (M.)		{ GOUGEROT (L.) <i>pr. s. ch.</i>
	RAMBERT (P.)	Pneumo- Phtisiologie . .	KREIS (B.)
	THIEFFRY (St.)	Psychiatrie . .	N...
	TURIAF (J.)	Psychiatrie infantile . . .	MICHAUX (Z.)
	N...	Rhumatologie . .	N...
	N...	Stomatologie . .	{ CHAPUT (Mme A.)
Pédiatrie . . .	JOSEPH (R.)		{ CERNÉA (P.)
	N...	Thérapeutique . .	N...
	N...	Urologie	KUSS (R.)
Pharmacologie .	CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i>		
	LÉVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	AMELINE (A.)	Clinique médicale . . .	{ HAGUENAU (M.) <i>pr. s. ch</i>
	HUGUIER (J.)		{ HAMBURGER (J.)
	LÉGER (L.)		{ KOURILSKY (R.)
	PADOVANI (P.)		{ MARCHAL (G.)
	PATEL (J.)	Clinique obstétricale . .	{ SOULIÉ (E.)
	ROUX (M.)		{ ESCALLE (G.)
	RUDLER (J. C.)		{ MAYER (M.)
Clinique médicale . . .	SICARD (A.)		{ VARANGOT (J.)
	BROUET (G.)	Clinique ophtalmologique	{ OFFRET (G.)
	N...		{ RENARD (G.)
	DECOURT (J.)	Clinique urologique . . .	COUVELAIRE (R.)
	DREYFUS (Gilbert)		
	FAUVERT (R.)		

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
 Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Docteur HAHN (A.)
 Conservateur Mlle GOICHON
 Bibliothécaires { Milles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.)
 LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153726_0015

A MES PARENTS

A LA MEMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND-MERE

A LA MEMOIRE DE MA TANTE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MA SŒUR

A MONSIEUR LANHOFFER

A TOUTE MA FAMILLE

ET A CEUX QUI ME SONT CHERS

En reconnaissance infinie pour l'éducation, l'affection et l'aide constante qu'ils m'ont toujours apportées.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENEGRE

Professeur de la Chaire de Pathologie Expérimentale et Comparée
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.
Hommages très respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUVRAIN

Médecin des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, nous a guidé dans ce travail et
nous a toujours accueilli avec la plus
grande bienveillance.*

*Nous nous permettons de lui adresser
ici l'expression de notre reconnaissance
très respectueuse.*

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE MÉDECIN COLONEL H. COUMEL

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Membre de la Société de Cardiologie
Médecin Chef de l'Hôpital Villemin

*En témoignage de notre gratitude pour
ses conseils éclairés et pour la bienveil-
lante attention qu'il nous a toujours
témoignée.*

Hommages très respectueux.

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT BAYLON

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Chef du Service de Première Médecine
de l'Hôpital Militaire d'Instruction du Val-de-Grâce

*Qu'il trouve ici l'expression de notre
reconnaissance pour l'enseignement médi-
cal qu'il nous a dispensé lors de notre
séjour dans son Service et pour la solli-
citude qu'il nous a toujours montrée.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT DUCHENE
Médecin des Hôpitaux Militaires
Chef du Service de Réanimation - Transfusion du Val-de-Grâce

*En témoignage de reconnaissance et
d'admiration.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT DULAC
Médecin des Hôpitaux Militaires

*En hommage à sa haute conscience pro-
fessionnelle et en remerciement de son
enseignement.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN CAPITAINE CHAMBATTE
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

A MONSIEUR LE MÉDECIN CAPITAINE GIRARD
Spécialiste des Hôpitaux Militaires

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT BOUSQUET
Médecin des Hôpitaux Militaires

A MONSIEUR LE MÉDECIN CAPITAINE PERNOT
Assistant des Hôpitaux Militaires

A MONSIEUR LE MÉDECIN CAPITAINE MESMIN
Assistant des Hôpitaux Militaires

*Nous gardons de leurs conseils ami-
caux au cours de notre séjour dans le
Service de Première Médecine de l'Hô-
pital du Val-de-Grâce un souvenir recon-
naissant.*

A MESSIEURS LES ASSISTANTS
DU SERVICE DE PREMIERE MEDECINE
DE L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION
DU VAL-DE-GRACE

A NOS MAITRES
DES FACULTES DE LYON ET DE PARIS

A NOS MAITRES
DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A TOUS NOS CAMARADES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

A MES AMIS

INTRODUCTION

Le médecin qui se penche sur la pathologie de l'âge mûr ne peut qu'être étonné de l'importance prise par l'infarctus du myocarde et son corollaire l'angine de poitrine. Dominée par l'idée de la mort subite, cette affection jouit auprès de l'opinion d'une solide réputation de gravité. Un séjour dans un Service de Cardiologie tend cependant à modérer cette façon de penser.

La thérapeutique moderne par les anti-coagulants, une meilleure connaissance de la maladie ont amené ces dernières années des résultats sensibles. Le retour à la société des individus atteints a posé de nombreux problèmes tous dominés par l'idée d'une incapacité sociale plus ou moins grande, aggravée par la peur du sujet, la trop grande prudence du médecin, la méconnaissance des possibilités de survie du malade.

Il nous est apparu intéressant d'effectuer dans notre thèse un travail statistique apportant une notion d'optimisme par une meilleure connaissance du devenir d'un certain nombre de sujets, compte tenu des conditions étiologiques, de la gravité de l'atteinte initiale, des séquelles, du traitement et enfin des facteurs conditionnant la reprise d'activité.

PROTOCOLE D'ETUDE

Il nous est arrivé fréquemment, au cours des consultations externe de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce et de l'hôpital Necker, d'être l'interlocuteur ou le témoin plus ou moins perplexe d'un malade venant chercher avis sur une reprise d'activité.

Le devenir de ces sujets ainsi que leur retour à des activités sociales se trouvent obéir à plusieurs principes que nous passerons en revue. Souvent la trop grande prudence du médecin et l'optimisme autorisé dans certains cas apparaissent en conflit. Quelques statistiques étrangères et françaises suivies de considérations médicales éclairent un peu ce problème. Il n'en reste pas moins que le peu de recul actuellement existant entre les infarctus déclarés, traités selon la thérapeutique moderne, et le retour en consultation des malades ayant survécu, ne permet pas de tirer des conclusions définitives.

Il nous est apparu qu'un certain nombre de données étiologiques presque toutes retrouvées dans la grande majorité des cas jouaient un rôle dans le devenir et par suite dans la reprise d'activité. Il en est ainsi de l'âge, du sexe, de l'état physique et psychique des malades, de la gravité de l'atteinte initiale survenant sur un fond d'angor, d'hypertension, de troubles du rythme ou se compliquant de ces mêmes syndromes. Il va sans dire que ce devenir, cette reprise d'activité, se trouvent conditionnés également par les séquelles, le schéma thérapeutique suivi et les conditions sociales du travail.

Nous étudierons donc :

I. — FACTEURS FONCTIONNELS INFLUENÇANT LA SURVIE ET LA REPRISE D'ACTIVITÉ :

- 1° Données étiologiques précédant la crise;
- 2° Symptômes cliniques et biologiques lors de l'atteinte aiguë jouant un rôle dans le devenir;
- 3° Les séquelles influant sur la survie;
- 4° L'influence du traitement.

II. — RÉADAPTATION SOCIALE DES MALADES AYANT SURVÉCU :

- 1° Le problème de la réadaptation en fonction des signes fonctionnels persistants :
 - Etablissement de critères de pronostic et de reprise de travail.
- 2° L'influence des facteurs sociaux et subjectifs :
 - Nature du travail.
 - Attitude des employeurs.
 - Idées sociales actuelles.
 - Psychisme du malade.
 - Ses possibilités.

III. — CONCLUSION.

*
**

Pour effectuer ce travail, nous avons considéré un certain nombre de cas d'infarctus en tenant compte des notions brièvement citées. Ces cas ont été rassemblés dans le Service de consultation externe de l'hôpital Necker et dans le Service de première médecine de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Nous avons essayé de connaître le devenir médical et social de la plus grande majorité des cas étudiés.

PREMIERE PARTIE

FACTEURS FONCTIONNELS
INFLUENÇANT LA SURVIE
ET LA REPRISE D'ACTIVITÉ

CHAPITRE I

Données étiologiques précédant la crise

- Age et sexe.
- Etat physique et psychique.
- Hypertension.
- Angine de poitrine.
- Diabète.
- Tabac — Alcool.
- Hérité.

A. — L'AGE ET LE SEXE

Il est généralement admis que la cinquantaine constitue l'âge critique d'une atteinte initiale d'infarctus. La considération des courbes permet de constater que cet âge moyen se situe aux environs de cinquante-cinq ans chez les hommes et de soixante ans chez les femmes. Les âges limites s'étendent de trente à quatre-vingt cinq ans.

— L'étude de 184 cas nous a permis de noter que 70 sujets ont présenté leur crise entre cinquante et soixante ans, 51 entre soixante et soixante-dix ans. Une statistique américaine de KATZ donne 55,4 comme âge moyen des hommes atteints d'infarctus et 60,1 pour les femmes.

— La mortalité immédiate est moindre chez les jeunes sujets que chez les gens âgés. Nous avons trouvé 2 décès pour 28 malades, dont les âges se situaient entre quarante et cin-

quante ans, 4 décès dans les deux premiers mois chez ceux classés entre cinquante et soixante et 12 décès au delà de ces âges sur 29 cas.

— La prédominance du sexe masculin sur le féminin est nette surtout aux alentours de la cinquantaine. La différence s'amenuise ensuite. Des statistiques portant sur un plus grand nombre de cas permettent seules de le voir. La mortalité est également plus forte chez l'homme. De nombreuses hypothèses

SURVIE EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU SEXE

ETUDE PORTANT SUR 184 CAS

Nombre de cas d'infarctus selon l'âge :

— 30 à 40 ans	6 cas
— 40 à 50 ans	28 cas
— 50 à 60 ans	70 cas
— 60 à 70 ans	51 cas
— 70 à 80 ans et plus	29 cas

Mortalité considérée selon l'âge (19 décès) :

	MORTALITÉ	
	<i>dans les deux premiers mois</i>	<i>dans les deux ans et plus</i>
30 à 40 ans	0	0
40 à 50 ans	2	0
50 à 60 ans	4	1
60 à 70 ans	3	1
70 à 80 ans	5	3
<i>Total (19 décès) :</i>	14	5

ont été émises. On a particulièrement parlé d'un facteur hormonal sexuel dont l'importance est encore à démontrer. La mortalité immédiate cependant a été considérée par certains auteurs (MICHAELIDES, PAPADOPOULOS [Athènes]) comme supé-

rieure chez les femmes. En réalité si la crise apparaît plus aiguë souvent chez la femme, avec les conséquences fâcheuses que cela peut entraîner, la récupération fonctionnelle des malades survivantes est souvent bien meilleure que chez l'homme et la mortalité lointaine très inférieure.

NOMBRE D'INFARCTUS

HOMMES ET FEMMES SÉPARÉS

	NOMBRE D'INFARCTUS			MORTALITÉ	
	hommes	femmes	total	hommes	femmes
35 à 40 ans	4	2	6	0	0
40 à 50 ans	27	1	28	2	0
50 à 60 ans	62	8	70	5	0
60 à 70 ans	43	8	51	4	0
70 à 80 ans et plus ..	25	4	29	8	0
<i>Total :</i>	161	23	184	19	0

Une statistique américaine de KATZ fait état des chiffres suivants :

Age moyen considéré chez des hommes et des femmes atteints d'infarctus :

	Hommes	Femmes
Au moment de la crise ..	55,4	60,1
Décédés en deux mois ..	58,5	62,9

Il n'apparaît donc pas que l'âge ou le sexe constituent un facteur important du pronostic en dehors des quelques considérations envisagées et du fait que le sujet âgé se trouve soumis à des complications funestes inhérent à son âge. A ce titre, l'âge peut alors jouer un rôle dans l'évocation d'un avenir plus ou moins lointain.

B. — ETAT PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DES MALADES

Il semble impossible de nier toute valeur à ces données. Leur rôle dans le pronostic sans être primordial n'est pas totalement négligeable.

Il nous a été donné de constater que la grande majorité des malades présentaient un aspect pléthorique à 60 %. Sur 184 cas considérés, nous avons pu classer sous cette rubrique environ 104 sujets. Il est incontestable que l'infarctus du myocarde se rencontre fréquemment chez des malades obèses. La mortalité de ces sujets comparée à celle des autres n'apparaît pas plus importante dans l'immédiat. Cependant cet état pléthorique n'est souvent que le témoin voyant d'une maladie athéromateuse constituée et dont l'évolution reste imprévisible, dominée par des accidents cliniques brutaux et inattendus bousculant les chiffres, écourtant les pronostics.

Le psychisme et l'état nerveux des individus apparaît plus important à considérer. 116 sujets étaient des anxieux, des émotifs ou des surmenés. Plusieurs cliniciens ont reconnu dernièrement l'augmentation alarmante de la maladie coronarienne. L'idée que les « stress », la tension, la trépidation de la vie moderne pourraient en être responsables malgré le caractère vague de ces notions n'est, semble-t-il, pas à rejeter. ISCHLONDSKY dans un article de mars 1953 apporte un essai d'explication. La succession des stimuli conditionnels de rupture d'équilibre nerveux aboutissant par une chaîne de processus métaboliques inconnus au spasme coronarien est caractéristique de notre vie moderne.

Les statistiques de mortalité professionnelle font ressortir une grosse proportion de décès chez les intellectuels, surtout dans l'immédiat (14 % contre 10 %). Le « Supplément Décimal du Registrar General » donne, pour les membres de la profession médicale, un taux standardisé de mortalité de 368 contre 100 à la population générale.

Il nous est en mémoire le cas d'un malade appartenant à la profession médicale qui se présentait comme un anxieux et un surmené et dont l'évolution brutalement mortelle déjoua tous pronostics.

C. — HYPERTENSION

Sur les 184 cas considérés, 123 étaient des hypertendus. Cette hypertension se retrouve d'autant plus que le sujet a dépassé la cinquantaine. Elle grève la survie des individus d'une façon notable. Sur les 19 décès totaux constatés, 13 étaient des malades hypertendus; 9 décédèrent dans les deux premiers mois et 4 en un ou deux ans. La valeur étiologique de l'hypertension dans l'infarctus n'est pas niable. Le pronostic doit être réservé. PAPADOPOULOS (Athènes), fait était de 16 % de mortalité immédiate pour les hypertendus, contre 12 % chez des sujets à tension normale.

ETAT PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DES INDIVIDUS ATTEINTS D'INFARCTUS

NOMBRE DE CAS : 184

	MORTALITÉ		Total
	<i>dans les deux premiers mois</i>	<i>en deux ans et au delà</i>	
104 sujets pléthoriques	6	2	8
80 sujets maigres ou indifférenciés .	8	3	11
<i>Total :</i>	14	5	19
116 sujets anxieux, émotifs, gros soucis	11	3	14
68 sujets non catalogués	4	1	5
<i>Total :</i>	15	4	19

D. — DIABETE

Le rôle tenu par le diabète dans le pronostic n'est pas meilleur, semble-t-il, que celui de l'hypertension. Sur nos 184 malades, nous n'avions que 5 cas de diabète. Aucun décès n'a été constaté. Le peu de recul ne permet pas de conclure. Quoi qu'il en soit, s'il n'augmente pas la mortalité immédiate, il fait cataloguer les malades atteints, dans une série d'évolution plus fâcheuse que celle des mêmes sujets sans diabète : 35 % de mortalité contre 13 % à la normale selon MICHAELIDES.

E. — ANGINE DE POITRINE

152 malades sur 184 étaient angineux. Ils donnèrent la presque totalité des décès : 15 sur 19. Compte tenu du fait que les sujets décédés présentaient d'autres syndromes ou complications, tels par exemple une insuffisance cardiaque, il n'est pas possible de ne pas voir dans l'angor un facteur d'aggravation du pronostic. Nous verrons plus loin que sa présence dans les séquelles de la crise constitue un des critères de travail réduit.

Il apparaît, à la lumière des cas envisagés, que la survie est d'autant plus longue que l'angor est ancien, précédemment à la crise. Il est permis de penser à l'hypothèse d'une constitution lente d'une circulation collatérale compensatrice. Cette circulation collatérale aurait l'avantage de protéger le cœur contre l'effet immédiat de l'infarctus.

F. — TABAC - ALCOOL

— De nombreux facteurs peuvent être considérés dans l'établissement d'un pronostic. Bien que 45 sujets trouvés « grands fumeurs » sur nos 184 malades aient fourni 9 décès sur 19,

il n'apparaît pas que l'on puisse lier la cause à l'effet. Trop de facteurs aggravants se surajoutent à celui considéré.

— L'alcool, par les désordres entraînés, peut grever lourdement l'avenir du sujet. La mortalité immédiate n'apparaît pas particulièrement influencée.

G. — HEREDITE

On a souvent parlé de l'influence de l'hérédité dans la genèse de la maladie coronarienne et par suite serait-on tenté d'établir un pronostic en fonction des antécédents coronariens héréditaires. Il est vrai que, parfois, les membres d'une même famille souffrent de sclérose coronarienne à peu près au même âge. Il est fort difficile de faire la part entre une configuration,

HYPERTENSION — DIABETE — ANGINE DE POITRINE

	NOMBRE DE CAS	MORTALITÉ	
		<i>dans les deux premiers mois</i>	<i>dans les deux ans et plus</i>
<i>Nombre total de cas ..</i>	184	13	6
Hypertendus	123	9	4
Diabétiques	5	0	0
Angine de poitrine ..	152	12	3

KATZ donne les chiffres suivants (sur 282 cas) :

	NOMBRE DE CAS		AGE MOYEN	
	<i>hommes</i>	<i>femmes</i>	<i>hommes</i>	<i>femmes</i>
Hypertendus	106	64	56,5	61,5
Diabétiques	32	50	57,6	58,6
Angineux	172	73		

TABAC ET ALCOOL

	MORTALITÉ
— 45 gros fumeurs	9
— 17 alcooliques	0

sur un total de 19 décès.

DURÉE DE L'ANGINE DE POITRINE PAR RAPPORT A LA MORTALITÉ
ANTÉRIEUREMENT A L'INFARCTUS (KATZ)

TOTAL	SUJETS DÉCÉDÉS DANS LES DEUX MOIS		SUJETS EN VIE DEPUIS PLUS DE DIX ANS	
	Nbre de cas	%	Nbre de cas	%
Angine de poitrine présente un an avant infarctus .	94 (100 %)	35	23	24,4
Présente un an et plus avant	105 (100 %)	31	30	28,5

un état constitutionnel en faveur de l'infarctus et l'existence d'un terrain neuro-psychique favorable à l'action de facteurs étiologiques plus précis. Quoi qu'il en soit, un pronostic sérieux ne saurait être établi en fonction de ces notions.

CHAPITRE II

Symptômes cliniques et biologiques lors de l'atteinte aiguë jouant un rôle dans le devenir

S'il est bien admis que la gravité de l'accident aigu préjuge de son pronostic immédiat, il est intéressant d'examiner dans quelle mesure l'importance de cet accident retentit sur le pronostic éloigné. Les avis sur ce point sont partagés. Certains auteurs avancent que plus l'atteinte primitive a été sévère, plus les chances de survie éloignée sont mauvaises. Les Américains font état de 43 % de shockés sérieux, presque tous décédés dans les premiers mois. SMITH considère moins la gravité de la crise que l'état du malade à la période de convalescence. Une statistique de KATZ analyse les éléments de gravité et montre qu'ils ne sont pas tous de la même importance.

C'est ainsi que l'intensité et l'importance des phénomènes de choc ne semblent pas avoir de valeur sur le pronostic à distance. Sur 9 shockés, 3 décédèrent immédiatement. Les autres apparaissent encore actuellement avoir une survie comparable aux malades n'ayant pas présenté de shock.

Trois complications de la période aiguë ont un retentissement majeur sur l'avenir du sujet. Ce sont :

- l'insuffisance cardiaque;
- l'embolie pulmonaire;
- les troubles du rythme.

C'est presque la moitié des sujets qui ont présenté l'une ou l'autre de ces complications qui disparaissent dans un délai relativement court.

82 malades présentaient une insuffisance cardiaque sur 184 sujets examinés. Ils fournirent la presque totalité des décès : 16 sur 19.

L'insuffisance cardiaque aiguë du ventricule gauche avec œdème pulmonaire aigu est mortelle dans l'immédiat. L'insuffisance cardiaque chronique constitue la plus grave des complications du point de vue vital; tant du point de vue fonctionnel que manière de vivre, reprise du travail, etc.

— Le bruit de galop en lui-même n'a pas une valeur pronostique importante, sauf s'il s'accompagne d'autres signes d'insuffisance cardiaque.

ETUDE DES SYMPTOMES DE LA PÉRIODE AIGUE CONSIDÉRÉE SOUS L'ANGLE DE LA SURVIE

Shock :

sur 184 cas	19 décès
9 shockés	3 décès immédiats

Insuffisance cardiaque :

82 cas	16 décès
Existence d'un galop dans	
35 cas :	
— Mortalité immédiat (deuxième mois).	10 décès
— de deux mois à deux ans	6 décès

Embolie :

Pour KATZ : 19 cas	12 décès en 2 mois
Ici 4 cas	2 décès

Troubles du rythme :

Sur 184 cas d'infarctus :	
— 18 cas	10 décès
— 7 blocs 5 infarctus septaux	3 décès

SYNDROME THROMBO-EMBOLIQUE

Nous n'avons relevé que 4 cas d'embolie, dont 2 dans une artère de la grande circulation. Les deux premiers cas ont été mortels dans l'immédiat. Cette complication va s'atténuant actuellement avec le traitement anticoagulant.

TROUBLES DU RYTHME

Ceux-ci sont généralement de mauvais augure. Les Américains font état de pourcentage catastrophique. Sur 5 malades en flutter, 4 décèdent en cinq ans. Sur 3 malades en tachycardie auriculaire, 2 décédèrent en deux mois (KATZ). Ici nous avons relevé 18 cas de troubles du rythme; parmi eux : 10 décès.

L'arythmie complète, d'installation définitive, est de très mauvais pronostic.

L'apparition d'un bloc de branche ne paraît pas influencer sur le pronostic. Il coïncide avec une localisation septale des infarctus.

Par contre, lorsque le bloc auriculo-ventriculaire est complet et définitif, le pronostic est très grave.

RAPPORT DE LA FRÉQUENCE DES RYTHMES ECTOPIQUES DU BLOCAGE INTRA-VENTRICULAIRE ET AURICULO-VENTRICULAIRE AU MOMENT DE L'INFARCTUS AVEC LES DIFFÉRENTS GROUPES DE SURVIE POUR KATZ

	<i>Rythmes ectopiques</i>	Blocage intra-ventriculaire	Blocage auriculo-ventriculaire
Décès dans les deux mois	23	13	8
Survie de plus de 2 à 5 ans	31	16	8
Survie de plus de 5 ans.	11	3	7
Survie de plus de 10 ans.	13	6	5
<i>Total :</i>	78	38	28

TYPES ÉLECTROCARDIOGRAPHIQUES

Il semble qu'il ne présage en rien de l'avenir. La proportion des survivants apparaît égale pour les localisations antérieures ou postérieures (PAPADOPOULOS [Athènes] : 12,5 % de mortalité pour les antérieures; 13,5 % pour les postérieures). Nous avons trouvé sur 92 localisations antérieures, 7 décès, et 9 sur 87 postérieures.

La localisation septale, surtout lorsqu'elle comporte de graves troubles du rythme, a un pronostic plus fâcheux.

De plus, la régression électrique n'est pas en correspondance étroite avec la récupération fonctionnelle.

TYPES ÉLECTROCARDIOGRAPHIQUES

Antérieur	}	92	7
Antéro-latéral . . .			
Antérieur étendu . .			
Postérieur	}	87	9
Postéro-inférieur . .			
Septal :			
Antéro-septal . . .	}	5	3
Postéro-septal . . .			
<i>Total :</i>		184	19 décès

ETUDE HUMORALE

Le cortège de signes fonctionnels et électrocardiographiques lors d'un infarctus du myocarde ne serait pas complet si l'on passait sous silence, dans la considération d'un pronostic éventuel, les modifications biologiques. D'un fouillis de perturbations : troubles de la coagulabilité, modification de la formule sanguine, rupture de l'équilibre hydro-électrolytique, bouleversement des protéines plasmatiques, de nombreux travaux

(KAUFMANN, MENDE, JAYLE, BADIN, etc.) ont, ces dernières années, essayé de dégager un certain nombre de notions. Celles-ci, en permettant de mieux connaître la maladie coronarienne, autoriseront probablement dans les années qui viennent l'établissement scientifique d'un pronostic.

RELATION DE LA MORTALITÉ IMMÉDIATE ET DE LA SURVIE
AVEC LE TYPE E.C.G. (selon KATZ)

TYPES D'INFARCTUS	NOMBRE DE CAS	DÉCÈS		SURVIE DE PLUS	
		1 ^{er} - 2 ^e MOIS		DE 10 ANS	
Antérieur	166 (42,5 %)	37	22,3 %	55	33,1 %
Postérieur	134 (34,3 %)	39	29,1 %	44	32,9 %
Antéro-septal	23 (9,5 %)	13	} 34,2 %	} 7	} 18,3 %
Postéro-septal . . .	15 (9,5 %)	↓			
Antér. + Post. . . .	21 (5,3 %)	5	23,8 %	8	36,6 %
Latéral	4 (1,0 %)	0	0 %	2	50 %
Atypique	27 (7,9 %)	11	40,7 %	9	33 %
<i>Total :</i>	390 (100 %)	105		125	

L'infarctus du myocarde apparaît donc comme un accident aigu d'une maladie chronique d'ordre général. On a parlé d'un « syndrome biologique » typique dont la considération n'est pas sans intérêt dans l'établissement du pronostic.

— L'accentuation de la vitesse de sédimentation et l'hyperleucocytose sont des facteurs aggravants quant au pronostic immédiat, quand ils sont très prononcés.

— L'électrophorèse des protéines du sérum permet d'établir une courbe dont la modification évolue parallèlement à l'infarctus. Il est possible d'étudier ces protéines par une série de réactions chimiques ou de dosages mis au point par MM. JAYLE et BADIN.

- Dosage des protéines totales
- Dosage de la sérum-albumine
- Dosage de la sérum-globuline

— Dosage de l'haptoglobine	{	<i>globulines α</i>
— Réaction de Vernes à la résorcine		
— Réaction de Kunkel au phénol	{	<i>globulines β</i>
— Test au thymol de Mac Lagan		
— Réaction de Kunkel au sulfate de zinc		<i>globulines γ</i>
— Test de Gros	{	<i>tests de labilité</i>
		<i>colloïdale</i>
— Test de Wunderly		<i>du sérum</i>
— V.S.	{	<i>globulines α</i>
		<i>et fibrinogène</i>

A la phase aiguë de l'infarctus correspond un schéma type de modifications protéiniques. A la phase de convalescence de même. Enfin dans les suites, à la phase lointaine de cicatrisation, on demeure frappé par la persistance des perturbations humorales. Un certain nombre d'observations relevées dans le Service du Professeur H. COUMEL, au Val-de-Grâce, font état de ces notions dans une thèse de 1952 de J.-P. FARGES. On constate souvent une persistance spécialement élevée de l'haptoglobine avec une réaction à la résorcine normale. Cette dissociation trouvée dans les suites lointaines de l'infarctus :

« haptoglobine élevée — résorcine basse »

constitue une des caractéristiques de la chronicité. Cette dissociation n'est d'ailleurs pas spécifique d'un infarctus. Elle s'observe dans le cancer et la tuberculose. Traduisant l'évolutivité d'un processus morbide quelconque, cette dissociation jointe à l'irréductibilité fréquente de la réaction lipoïde (Kunkel phénol), constitue d'après H. COUMEL le meilleur indice de la chronicité. La réaction de Kunkel apparaît être un élément test dans l'appréciation de la maladie athéromateuse. Ainsi dans les mois qui suivent un infarctus, la formule protéique du sérum peut devenir le critère le plus précieux dans l'appréciation de la guérison ou de l'évolutivité persistante de la maladie. Les formules normales ou voisines de la normale sont toujours à ce stade le fait de sujets en bon état général, n'éprouvant plus aucun trouble, et dont les signes électrocardiographiques sont minimes.

Observations de malades en guérison clinique et biologique

OBSERVATION N° 1. — M. M..., soixante-six ans.

Hypertendu depuis 1944.

Angor depuis 1950.

Vu en 1951 : infarctus du myocarde typique avec douleurs rétro-sternales, vomissements, etc.

Infarctus postéro-inférieur.

Formule protéique :

Hi =	3,15		P.T. =	6,4	
Résorcine =	160	Kunkel γ =	19	S.A. =	3,4
Kuntel =	90	Gros =	—	S.G. =	2
Thymol =	3,2	Wunderly =	++	A./G. =	1,4

Hi et test à la résorcine sont très augmentés.

Kunkel lipoïde a doublé sa valeur normale.

Wunderly très positif.

Ce malade revu trois ans après, présentait une formule protéique sensiblement normale.

Hi = 2,50, donc formule de chronicité négative.

Kunkel = 23.

Résorcine = 29.

Par ailleurs, ce malade se sent bien.

Plus de signes cliniques fonctionnels, sauf un léger angor.

OBSERVATION N° 2. — A. G..., soixante-sept ans.

Infarctus postéro-inférieur.

Formule protéique considérée six mois après :

Kunkel = 17.

Hi = 1.

Résorcine = 18.

Plus de signes cliniques. Reprise du travail.

OBSERVATION N° 3. — P. D..., cinquante-trois ans.

Infarctus A.L.

Formule protéique quatre mois après :

Hi = 1,85.

Résorcine = 18.

Kunkel = 21.

Guérison clinique.

OBSERVATION N° 4. — J. A..., quarante-six ans.

Infarctus antérieur en mai 1951.

Revu en 1952.

Formule protéique :

Hi = 1,30.

Résorcine = 17.

Kunkel = 18.

Ce malade allait bien. Pas de douleurs.

OBSERVATION N° 5. — P. S..., cinquante-sept ans.

Infarctus antéro-septal.

Revu dix-huit mois après.

Formule protéique :

Hi = 1,7.

Vernes = 6.

Kunkel = 24.

Le malade va bien.

A l'opposé, chez les malades troublés, les formules de chronicité apparaissent positives. C'est ainsi que dans plusieurs cas nous avons constaté une concordance étroite entre l'existence de cette formule et la gravité des signes fonctionnels persistants ou l'apparition inattendue de complications graves.

OBSERVATION N° 6. — M. D..., cinquante-cinq ans.

Infarctus postéro-inférieur.

Défaillance ventriculaire gauche.

Formule protéique un an après :

Hi = 2,60.

Kunkel = 92.

Résorcine = 30.

Dans les cinq jours, déclenchement d'un accès de tachycardie ventriculaire.

Quelquefois la simple persistance d'une réaction Kunkel lipide élevée suffit à maintenir un pronostic réservé.

CHAPITRE III

Les séquelles influant sur la survie

La malade sortant d'infarctus après ses six semaines classiques de repos et sa convalescence emporte souvent avec lui toute une série de séquelles dont l'importance pour le pronostic est loin d'être identique.

Il semble, en pratique, que seul l'état clinique soit intéressant à considérer malgré toutes les données préalablement examinées ici et tant que des critères biologiques sûrs n'aient pas été confirmés par un long usage.

Dans les suites de la crise aiguë, deux séquelles sont finalement à retenir. Leur plus ou moins grande importance conditionnera la reprise d'activité des sujets atteints. Il s'agit de :

- l'angor;
- la dyspnée.

MASTER fait état de statistiques telles que la mortalité des sujets porteurs de séquelles électrocardiographiques par exemple n'est pas supérieure à celle de ceux sans persistance de signes électriques. Il apparaît donc que seul le silence fonctionnel peut conditionner un bon pronostic, autoriser une reprise du travail.

ANGINE DE POITRINE

Celle-ci est notée présente après la crise dans plus de 70 % des cas. Plus la proportion d'angineux séquellaires est grande

plus la mortalité est forte et rapide. Sur 184 sujets, nous avons relevé : 137 cas d'angor dont 15 décès sur 19 totaux.

LA DYSPNÉE

Dans une proportion presque aussi importante — 78 cas sur 184 malades — la dyspnée se retrouve après infarctus. Plus elle est marquée, plus la survie est apparue engagée.

LA RÉPÉTITION DES INFARCTUS

Elle grève fortement le pronostic. Pour les Américains, elle représente 55 % des causes de décès. Dans les cas que nous avons considérés, cette répétition des infarctus s'est retrouvée 11 fois. Elle n'a entraîné la mort que dans 2 cas.

CHAPITRE IV

L'influence du traitement

Il n'est pas douteux qu'elle est à l'heure actuelle bénéfique. Dans la mesure où les complications thrombo-emboliques de l'infarctus en aggravent le pronostic éloigné et dans la mesure où les anticoagulants mettent à l'abri de ces complications, il est permis de penser que ce pronostic peut être favorablement influencé. Le recul insuffisant existant encore à l'heure actuelle ne permet pas d'apporter des conclusions définitives. Il nous est cependant agréable de constater que sur 184 cas relevés, 19 décès seulement ont été trouvés. Tous ces malades ont été traités aux anticoagulants. Il ne s'agit en réalité que d'une mortalité assez immédiate de quelques mois à cinq ans. Il faudrait une vingtaine d'années de recul. Sur une période semblable, les Américains avançaient 196 décès sur 285 cas, soit une mortalité de 60 % (sans anticoagulant).

SURVIE (*d'après KATZ*)

Survie au-dessus de	Nombre de cas relevés	Pourcentage
5 ans	191	66 %
10 ans	125	43 %
15 ans	29	10,2 %
<i>Total :</i>		285

ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DES SEQUELLES

Types de séquelles présentées après infarctus :

Angor	137 cas	15 décès
Dyspnée	78 cas	16 décès
Hypertension	120 cas	13 décès
<i>sur un total de</i>		19 décès

Comparaison des statistiques avant anticoagulants et après :

KATZ

285 cas 196 décès

VAL-DE-GRACE + NECKER

184 cas 19 décès

Il faut cependant faire entrer en considération le peu de recul.

DEUXIEME PARTIE

RÉADAPTATION SOCIALE DES MALADES AYANT SURVÉCUS

L'étude effectuée dans la première partie de notre thèse a permis d'envisager le problème de la réadaptation en fonction de la clinique. La reprise d'activité sera conditionnée par les signes fonctionnels persistants et par un certain nombre de facteurs que nous allons examiner.

CHAPITRE I

Le problème de la réadaptation en fonction des signes fonctionnels persistants

Au bout de deux à trois mois, la guérison d'infarctus peut être complète, autorisant la reprise de l'activité antérieure.

Cette guérison est-elle réellement effective et d'autre part quelle est sa durée ?

Il est fort difficile de répondre. On a donné des chiffres de survie moyenne de trois, quatre et cinq ans. Certains sujets atteignent dix et quinze ans. Ces malades restent sous le coup de nouveaux accidents car, si l'infarctus guérit, « la maladie coronarienne » continue (DONZELOT).

Des guérisons cliniques incontestables sont possibles. LERICHE et FONTAINE ont montré que les artères du cœur ne sont pas terminales. Il existe une pression constante dans la branche coronaire gauche due à l'existence d'une circulation collatérale. De fines anastomoses au niveau de la cloison, du sillon inter-ventriculaire, de la pointe et du faisceau de Hiss, ont été mises en évidence par la méthode des injections fines. Ces anastomoses sont plus importantes chez le sujet âgé, si bien qu'anatomiquement, les cœurs âgés sont mieux préparés aux troubles coronariens.

Trois éventualités peuvent anatomiquement se produire dans l'évolution d'un infarctus :

- 1° la cicatrisation fibreuse;
- 2° l'anévrisme du cœur;
- 3° la rupture du cœur.

LA RUPTURE DU CŒUR :

Elle est très rare et évidemment mortelle dans l'immédiat. Elle se produit surtout sur la face antérieure du ventricule gauche, par exagération d'efforts ou par abus des tonocardiaques.

L'ANÉVRISME DU CŒUR :

Celui-ci est relativement tardif. Il se produit souvent à la pointe, sous le ventricule gauche. Quelques signes cliniques subjectifs vagues le décèlent. Il aboutit souvent à des accidents rapides, mais parfois ceux-ci s'amendent et une survie avec reprise d'activité possible est compatible avec son existence. A. NOVIKOVA signale 14 % de décès par anévrisme du ventricule gauche.

LA CICATRISATION FIBREUSE :

C'est l'éventualité la plus fréquente.

RECHERCHE DE CRITERES DE PRONOSTIC ET DE REPRISE POSSIBLE D'ACTIVITE

RUSSEK classe ses malades atteints d'infarctus en bons risques et en mauvais risques. Sont classés « bons risques » les sujets qui, le jour de leur admission, ne présentent pas :

- un infarctus à localisation antérieure;
- un syndrome angineux trop important;
- un état de shock intense;
- une augmentation de volume du cœur;
- un galop;
- une insuffisance cardiaque;
- une fibrillation auriculaire;
- une acidose diabétique;
- une obésité;
- un état embolique.

— La mortalité des sujets classés « bons risques » s'élève à 3,4 %.

Celle de l'autre catégorie à 60 %.

A. NOVIKOVA (*Klinitcheskaya Meditzina*, Moscou) regarde comme assombrissant fortement le pronostic :

1° Les crises angineuses répétées.

2° L'insuffisance cardio-vasculaire.

3° La maladie hypertensive.

4° Les vastes lésions du myocarde atteignant deux parois et la cloison inter-ventriculaire.

Il apparaît que le schéma donné par MASTER s'avère pratiquement le plus commode :

I — Pas de troubles fonctionnels ==

récupération totale

II — Angor discret + dyspnée légère ==

activité réduite

III — Angor sévère ou insuffisance cardiaque sévère ==

activité très réduite

IV — Angor irréductible + insuffisance cardiaque confirmée ==

activité nulle

Il semble qu'un sujet ne présentant plus de signes fonctionnels, a 95 % de chances de vivre plus de cinq ans. En tenant compte de quelques notions subsidiaires, développées dans la première partie de cette thèse, associées à une vérification électrocardiologique et humorale, l'établissement d'un pronostic et le conseil sur un retour à l'activité sont choses possibles.

Le retour à l'activité est effectivement souvent retardé. Selon le « Work Classification Unit of the New York University » :

— 74 % des malades reprennent un travail à plein temps;

— 14 % un travail limité;

— 12 % un arrêt définitif.

Pour MASTER : 53 % de reprise totale.

MICHALIDES donne 37 %.

L'écart entre ces proportions est important. Il semble donc qu'une variable non appréhendée par la statistique joue son rôle. Il s'agit probablement de la part respective du malade de la non-appréciation d'un symptôme par le médecin. Quoi qu'il en soit, dès qu'apparaissent avec importance douleurs ou dyspnée, la marge de survie et de récupération s'amenuise.

Le pronostic éloigné doit se baser sur la capacité du malade à reprendre ses activités antérieures et à revenir à la vie normale. Aucun signe clinique ne peut réellement donner d'éléments formels de pronostic. L'étude humorale permettra peut-être, dans un avenir proche, d'y arriver. Le retour du malade à son travail est, semble-t-il finalement, le meilleur test de la capacité fonctionnelle de son cœur. Il ne s'agit pas seulement d'un effort physique, mais de toute une gamme de variations physiques et psychiques représentant la vie normale des individus.

Sur les 184 malades, 28 ont repris un travail *full time*; 85 ont une activité sédentaire ou réduite; 42 sont au repos complet.

*
**

OBSERVATIONS DE REPRISE TOTALE D'ACTIVITE

OBSERVATION N° 1 (15, Necker).

Trente-huit ans, imprimeur, sujet pléthorique.

Date de la crise : 16 février 1953, à la suite d'un gros effort. Infarctus A.L.

Hypertendu moyen : 15-8.

Dans les séquelles : pas d'angor; pas de dyspnée.

Pratiquait un gros travail : manipulation de gros poids.

Revu en juillet 1955 : va parfaitement bien.

Reprend son travail complètement sans aucun signe fonctionnel; évite cependant les poids trop lourds.

OBSERVATION N° 2 (37, Necker).

Quarante-neuf ans, agent technique.

T.A. : 15-11.

Date de la crise : octobre 1952, à la suite de surmenage. Infarctus A.L.

Revu en 1955 : aucune séquelle, sauf léger *angor*.

Reprise complète d'activité. Monte beaucoup d'escaliers.

OBSERVATION N° 3 (36, Necker).

Cinquante-huit ans, chauffeur de poids lourds.

Date de la crise : 1954.

T.A. : 15-8.

Revu fin 1955 : aucune séquelle.

A repris son travail comme commissionnaire. Marche toute la journée.

Ne se plaint de rien.

OBSERVATION N° 4 (50, Necker).

Trente-quatre ans, surveillant.

Grand fumeur : 40 cigarettes par jour.

T.A. : 12-8.

Date de la crise : en janvier 1955. Très surmené, nervosisme, palpitations. Infarctus antérieur.

Revu fin 1955 : aucune séquelle, sauf léger essoufflement.

Reprise totale de son travail.

OBSERVATION N° 5 (8, Necker).

Quarante-neuf ans, releveur de compteurs (E.D.F.).

Deux infarctus : un en 1939; le deuxième en 1954.

Tabac : ++; alcool : +.

Hypertendu : 19-11.

I.C. légère.

Malgré cela, se sent relativement bien. Continue son travail.

OBSERVATION N° 6 (Val-de-Grâce).

G..., cinquante-deux ans, général en activité.
Surmené. Infarctus en 1955.
Hypertension légère.
Pas de séquelles, sauf angor léger.
Reprise de son activité.

OBSERVATION N° 7 (Val-de-Grâce).

L..., cinquante-cinq ans, général en activité.
Infarctus A.L., fin 1954.
Peu de séquelles, quelques douleurs.
Reprise de son activité en mai 1955.

Il est possible de multiplier la citation des observations de malades se classant en catégorie 2. Pour la plupart d'entre eux, la reprise de travail n'est pas complète. Il s'agit de la même activité qu'avant l'attaque, mais dont ils ont éliminé la partie pénible, ou bien d'une nouvelle activité plus sédentaire. Chez ces sujets nous trouvons : soit un angor, soit une dyspnée gênante, soit même les deux à la fois, leur interdisant une reprise totale.

La dernière catégorie, celle des sujets au repos absolu, est finalement assez réduite : 42 malades sur 184 ont été retenus comme ayant une activité nulle. Encore faut-il éliminer de cette catégorie certains sujets qui, par crainte de la cardiopathie, exagèrent leurs troubles et refusent d'effectuer le moindre travail même ménager.

Récupération totale	28 cas
Activité réduite	85 cas
Activité nulle	42 cas
<i>Total des cas</i>	184 cas
	+ 19 décès

Ce retour au travail se solde parfois par une nouvelle poussée angineuse ou par l'apparition d'une dyspnée. Souvent alors,

le malade modère lui-même ses efforts. Ce n'est cependant pas toujours le cas et nous avons été à plusieurs reprises le témoin de sujets qui fisaient fi de leurs troubles : continuaient un travail pénible, portaient de gros poids, effectuaient de longues marches, malgré l'avis médical, s'exposant à de graves accidents. Parfois aussi le malade néglige ses troubles et les méconnaît. Tel syndrome angineux, telle dyspnée d'effort est alors rapporté à toute autre cause. Il appartient au médecin, dans ce cas, de renseigner le sujet et de lui tracer un schéma d'activité modérée.

CHAPITRE II

L'influence des facteurs sociaux et subjectifs

A. — NATURE DU TRAVAIL

Il apparaît très difficile de poser des critères d'activité dont la mise en pratique n'aboutirait pas à une fatigue du cœur. Les Américains s'y sont essayés. Aucun test ne semble pouvoir être retenu. Seul le désir du sujet à reprendre son travail antérieur constitue le meilleur indice de sa capacité fonctionnelle cardiaque. Il n'est pas bon d'augmenter ce travail jusqu'à la dyspnée ou à l'angor. Ceux-ci d'ailleurs n'apparaissent que d'une manière très variable non codifiable. Tel sujet les présentera lors d'une activité toute sédentaire, tel autre ne les ressentira pas, même en effectuant de longues marches ou en portant de gros poids. On a prétendu par exemple que la montée d'un escalier, si redoutée par les cardiaques, ne fatiguait pas plus le cœur que certaines autres occupations de la journée.

B. — PSYCHISME DU MALADE

Nous avons vu précédemment que le meilleur indice de bon pronostic était le désir du sujet à reprendre une vie normale. Ce désir cependant peut être souvent contrecarré par un psychisme de craintif ou à l'inverse par un optimisme anormal. La crainte de la cardiopathie est actuellement encore si répan-

due dans l'opinion, que certains malades s'installent dans leur maladie, refusant d'effectuer tout travail, constituant une charge familiale et sociale.

C. — ASPECT SOCIAL DU PROBLEME

Le retour au travail des sujets atteints d'infarctus se heurte à certains facteurs extrinsèques. La plupart des employeurs se refusent à réintégrer dans une activité antérieure plus ou moins pénible, d'anciens malades que l'opinion considère comme diminués ou candidats à la mort subite. Souvent le changement de travail s'impose. Il faut alors choisir une activité plus sédentaire. Le médecin qui la conseille se doit alors de tenir compte des ressources du sujet, des difficultés sociales du changement et ne pas donner de conseils que le malade ne pourra suivre.

C'est ici qu'apparaît la nécessité, sur un plan élargi, de l'étude du reclassement de tels sujets. Socialement parlant, la maladie coronarienne, dont les progrès sont actuellement spectaculaires, élimine des forces vives d'un pays un certain nombre de bras ou d'intelligence qu'on ne saurait négliger.

CONCLUSIONS

Les chances de survie après guérison d'un premier infarctus du myocarde sont, nous l'avons vu, meilleures que celles annoncées jusqu'ici. Les progrès du diagnostic ont permis de reconnaître des formes plus bénignes. La présence de tels cas tend donc à améliorer les perspectives de survie et à affaiblir la gravité de la maladie coronarienne.

L'étude des statistiques étrangères et françaises ainsi que la connaissance du devenir social ultérieur à l'infarctus d'un certain nombre de sujets permettent d'envisager avec plus de confiance le pronostic d'une aussi grave maladie.

Peu de critères permettent actuellement d'établir un pronostic de survie à longue échéance. On tend à conclure que le meilleur indice semble être la faculté du malade à reprendre une activité. Ceux qui montrent le plus d'activité après la guérison ont la période de survie la plus longue. Cette faculté est évidemment conditionnée par l'état général du sujet, sa réserve cardiaque. Il n'est pas bon d'augmenter l'activité du malade jusqu'à la dyspnée ou jusqu'à l'apparition de l'angine de poitrine. Ceux qui ne présentent plus ou peu de symptômes fonctionnels peuvent semble-t-il reprendre sans danger une activité normale. Souvent le retour au travail est malheureusement retardé par la trop grande prudence du médecin, le psychisme du malade (névrose cardiaque), l'attitude des employeurs. On devra cependant aspirer à la modération ni trop, ni trop peu.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
LENEGRE

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- Klinitcheskaya Meditzina* (Moscou), 5 mai 1944. — Sort ultérieur et capacité de travail des malades atteints d'infarctus du myocarde.
- RUSSEK, ZOHMANN. — Les chances de survie dans l'infarctus du myocarde. (*Revue du Praticien*, 11 mai 1955, p. 1.467.)
- KAUFMAN (J.C.), BECKER (M.C.). — Réhabilitation of the patient with coronary artery disease. (*Annales of Int. Med.*, juillet 1954, vol. 41, n° 1, p. 9.)
- FARGES (J.P.). — Les modifications de la formule protéique du sérum au cours de l'infarctus du myocarde. (*Thèse*, 1952, n° 783.)
- COL, SIMGLAM, KATZ (M.D.). — Pronostic éloigné de l'infarctus du myocarde. (*Circulation*, mars 1953, vol. 9, n° 3.)
- RUSSECK (H.), ZOHMAN, DOERNER, RUSSECK (A.) et WHITE. — Age and survival in cases of acute myocardial infarction. (*J.A.M.A.*, 1955, 147, 1.731.)
- MICHAELIDES et PAPADOPOULOS (A.) (Athènes). — Pronostic dans la nécrose ischémique du myocarde. (*II^e Congrès Mondial de Cardiologie*, Washington, septembre 1954.)
- DORIN-ISCHLONDSKY (Dr N.) (New York). — Théories étiologiques sur la maladie coronarienne. (*Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux*, mars 1953, p. 193.)
- BOUVRAIM-FORTIM. — Syndrome humoral de l'infarctus du myocarde. (*Revue du Praticien*, septembre 1954, p. 2.049.)
- COUMEL (H.), BERYLON, GALY, PORTAL. — Aspects humoraux de l'infarctus du myocarde. (*Bulletin Médical*, 1^{er} décembre 1953, n° 23.)

RÉFÉRENCES

- LEVINE et BROWN. — Coronary thrombosis its varial clinical factures. (*Medecine*, 1929, 8 : 245.)
- ROSENBAUM et LEVINE. — Prognostic value of various clinical a electro-cardiographic features of acute myocardial inferior. (*Arch. Int. Méd.*, 1941, 68 : 913, 1.215.)
- PARKINSON et BEDFORD. — Cardiac infarction and coronary thrombosis. (*Lancet*, 1928, 1 : 4.)
- WHITE. — The pronostic of angina pectoris and coronary thrombosis. (*J.A.M.A.*, 1926, 87 : 1.525.)
- WHITE and BLAND. — A further report of the prognosis of angina pectoris and of coronary thrombosis. A study of 500 cases of the former condition and of 200 cases of the latter. (*Am. Heart J.* 1931, 7 : 1.)
- BLAND and WHITE. — Coronary thrombosis (with myocardial infarction) ten yars later. (*J.A.M.A.*, 1941, 117 : 1.171.)
- CONNER and HOLT. — The subsequent course and pronosis in coronary thrombosis. An analysis of 287 cases. (*Am. Heart J.*, 1930, 5 : 705.)
- WILLIUS. — Life expectancy in coronary thrombosis. (*J.A.M.A.*, 1936, 106 : 1.890.)
- COOKSEY. — Coronary thrombosis. Follow-up studies with special refence to prognosis. (*J.A.M.A.*, 1935, 104 : 2.063.)
- BOAS. — The natural history of coronary artery disease of long duration. (*Am. Heart J.*, 1951, 41 : 323.)
- TULLOCH and GILCHRIST. — Anticoagulants in treatment of coronary thrombosis. (*Brit. Med. J.*, 1950, 2 : 965.)

- PAPP and SHIRLEY-SMITH. — Prognosis and treatment of cardiac infarctus survey of 200 patients. (*Brit. Med. J.*, 1951, 1 : 1.471.)
- SIGLER. — Prognosis of angina pectoris and coronary occlusion. (*J.A.M.A.*, 1951, 146 : 998.)
- RUSSEK (H.), ZOHMAN, DOERNER, RUSSEK (A.) et WITHE. — Age and survival in cases of acute myocardial infarction. (*J.A.M.A.*, 1951, 147 : 1.731.)
- WOOTEN and KYSER. — Mortality, morbidity and treatment of myocardial infarction : a review of 455 cases. (*Ann. Int. Med.*, 1953, 38 : 247.)
- ECKERSTROM. — Clinical and prognosis aspects of acute coronary occlusion. (*Acta Med. Scand.*, 1951, suppl. 250, 139.)
- PALMER. — The prognosis following recovery from coronary thrombosis with special reference to the influence of hypertension and cardiac enlargement. (*Quart. J. Med.*, 1937, 6 : 49.)
- MASTER and JAFFE. — Complete fonctionnal recovery after coronary occlusion and insufficiency. (*J.A.M.A.*, 1951, 147 : 1.721.)
- MINTZ et KATZ. — Recent myocardial infarction. An analysis of 572 cases. (*Arch. Int. Med.*, 1947, 80 : 203.)
- KATZ, MILLS and CISNEROS. — Survival after recent myocardial infarction. (*Arch. Int. Med.*, 1949, 84 : 305.)
- MILLS, SIMONS, CISNERO and KATZ. — Myocardial infarction. Observations on 100 patients who survived up to 6 years. (*Arch. Int. Med.*, 1949, 84 : 632.)
- SMITH. — Length of survival after myocardial infarction. (*J.A.M.A.*, 1953, 151 : 167.)
- KATZ and STAYLER. — Experimental atherosclerosis. (Springfield (Ill.), Charles C. Thomas, 1953.)

IMPRIMERIE
R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS (XIV^e)
